

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



**Ansiedade na População Pediátrica da Clínica
Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da
Universidade de Lisboa**

Andreia Filipa Guerreiro da Costa

Orientadores:

Professora Doutora Sónia Alexandra Mateus Flores Mendes Borralho

Professora Doutora Ana Carla Rodrigues de Sousa Coelho Canta

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2021

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Sónia Mendes, por toda a ajuda, paciência e motivação que sempre me deu durante o desenvolvimento deste trabalho, por todas as palavras de encorajamento e elogios.

À minha coorientadora, Ana Coelho, por todo o auxílio prestado.

À minha mãe por todos estes anos ser mãe e amiga, por sempre me motivar, por me fazer seguir em frente, por todos os momentos e carinhos que sempre me deu. Por sempre estar lá, nos momentos tristes, nos momentos felizes, nas vitórias e nas derrotas. Por 22, quase 23 anos de muito amor. Obrigada, mãe!

À minha avó, por todo o carinho, por todas as conversas semanais, por todas as Páscoas e todas as férias que passamos juntas.

À minha triplinha, Catarina e Jéssica, por todos os almoços e jantares, por todas as dormidas, por todas as piadas. À Catarina, por todos os momentos, todas as conversas, todo o apoio, todas as horas. À Jéssica por todos os sorrisos e risos, por toda a sua personagem, por deixar qualquer pessoa contente, por todas aquelas noites de estudo que eu nunca teria feito sozinha.

À Margarida, por todas os dias incansáveis que passamos a fazer estes trabalhos, pelo inglês fantástico, pela ajuda.

À Yolanda pelos passeios, pela paz de espírito, pela tranquilidade que transmite a uma pessoa tão ansiosa, por ser a minha parceira dos estudos.

Ao Jory pela personagem, pela ajuda, pela segurança que transmite.

À minha duplinha caída do céu, Mariana. Por toda a paciência que tiveste, por toda a ajuda que me deste, pelos teus comentários sempre fantásticos, pelo companheirismo na clínica.

Aos amigos da terrinha por todos estes anos, por todas aquelas festas, por todo o apoio e aceitação, por todas as conversas profundas e não tão profundas.

À Dr^a Catarina por me ter ajudado a alcançar e a ultrapassar tantas dificuldades. Ainda não está a 100% nem perto, mas já esteve muito mais longe.

À Cristina e à Filipa que sempre me ajudaram.

Às outras pessoas que muito provavelmente também deveria agradecer, que me ajudaram um dia.

Muito obrigado a todos. Sem todas estas pessoas, não sei se teria conseguido aqui chegar, mas cheguei. Uma fase mais que está a chegar ao fim.

RESUMO

Objetivos: Caracterizar a ansiedade da população pediátrica da clínica da FMDUL, a sua prevalência e fatores associados.

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo longitudinal onde foram aplicados, na sala de espera, um questionário aos pais e uma escala de ansiedade DFSS-SF aos acompanhantes e crianças antes da consulta e depois da consulta somente às crianças. Foi também pedida a classificação do comportamento da criança durante a consulta através da FBRS pelos estudantes que realizaram a consulta à criança e recolhida informação sobre o tipo de tratamento realizado. Foi realizada a análise descritiva dos dados e utilizados os testes *Wilcoxon*, *Kruskal-Wallis*, *Mann-Whitney*, de *Fisher* e *Qui-quadrado* ($\alpha=0,05$).

Resultados: A amostra incluiu 23 crianças com idades entre os 3 e os 9 anos. A prevalência de ansiedade reportada pelas crianças antes e depois da consulta foi 28,6% e 42,1%, respetivamente. A prevalência de ansiedade reportada pelos acompanhantes foi 17,4%. Os itens com maiores níveis de ansiedade foram os associados a extrações, injeções e utilização de instrumentos rotatórios. Os somatórios da ansiedade foram superiores no grupo etário dos 3 aos 6 anos comparativamente ao grupo dos 7 aos 9 anos ($p=0,045$). Não existiram diferenças na ansiedade entre os rapazes e as raparigas. Também não existiram diferenças entre a ansiedade antes e depois da consulta ($p=0,421$), bem como a ansiedade antes da consulta e a reportada pelos pais ($p=0,321$). Cerca de 81% dos acompanhantes mostraram uma concordância na avaliação da ansiedade da criança. Existiram diferenças significativas entre a ansiedade reportada pelos acompanhantes e o comportamento das crianças ($p=0,036$), com maiores valores de ansiedade associados a comportamentos mais negativos.

Conclusão: A população pediátrica apresentou uma prevalência de ansiedade alta, sendo esta dependente da idade da criança. Os acompanhantes são fontes que podem ajudar com alguma fiabilidade na identificação das crianças ansiosas e não ansiosas.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to characterize the dental anxiety in the FMDUL clinic, its prevalence, and associated factors.

Materials and Methods: A longitudinal study was carried out in the waiting room. A questionnaire was given to the parents. The DFSS-SF was administered to the parents and the children before the appointment. After the appointment they were administered again only to the children. The students who treated the child were asked to classify their behavior during the appointment according to the FBRs. Information about the type of treatment was collected. Descriptive data analysis was performed and the Wilcoxon, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, Fisher's exact and Chi-square tests were used ($\alpha=0,05$).

Results: The sample included 23 children with ages ranging from 3 to 9 years old. The dental anxiety prevalence as reported by the child before and after the appointment was 28.6% and 42.1%, respectively. The dental anxiety prevalence reported by the parents was 17.4%. The items with higher levels of anxiety were associated with tooth extractions, injections, and usage of rotatory instruments. The anxiety scores were higher in younger children, with ages between 3 and 6 years old as compared to the 7- and 9-year-old group ($p=0,045$). No difference was found related to the child gender. No differences were found between the anxiety pre and post appointment ($p=0,421$), nor between the dental anxiety reported by the child and by the parent ($p=0,321$). 81% of parents agreed with child's anxiety assessment. Significant differences were found between the anxiety reported by the parents and the child's behavior ($p=0,036$), with higher anxiety being associated with negative behavior.

Conclusion: Pediatric population had a high dental anxiety prevalence that is dependent on the child's age. Parents were found to be moderately reliable sources when identifying anxious and non-anxious children.

PALAVRAS-CHAVE

Ansiedade dentária

Autoavaliação

Crianças

Comportamento infantil

Saúde oral

KEYWORDS

Dental anxiety

Self-report

Children

Child behavior

Oral health

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
PALAVRAS-CHAVE	vii
KEYWORDS	vii
ÍNDICE DE TABELAS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
LISTA DE ABREVIATURAS	xiii
I. INTRODUÇÃO.....	1
1. Ansiedade associada à consulta de Medicina Dentária	1
2. Medição da Ansiedade associada à consulta de Medicina Dentária	3
2.1. Avaliação fisiológica	3
2.2. Avaliação comportamental	4
2.3. Autoavaliação	4
II. OBJETIVOS.....	7
III. MATERIAIS E MÉTODOS	9
1. População-alvo e amostra.....	9
2. Recolha de dados.....	9
3. Descrição das variáveis	10
4. Tratamento de dados e análise estatística.....	11
5. Considerações éticas	12
IV. Resultados.....	13
1. Caracterização da amostra.....	13
2. Ansiedade associada à consulta de Medicina Dentária	13
3. Fatores associados à ansiedade	16
4. Relação da ansiedade e comportamento na consulta	17
V. DISCUSSÃO	19
1. Ansiedade associada à consulta de Medicina Dentária	20
2. Fatores associados à ansiedade	23
3. Relação da ansiedade e comportamento na consulta	24
VI. CONCLUSÕES	27
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
APÊNDICE I – Questionários aplicado aos pais / responsáveis da criança	33

<i>Dental Fear Schedule Subscale Short Form</i> (Versão parental traduzida).....	34
APÊNDICE II - <i>Dental Fear Schedule Subscale Short Form</i> (Versão infantil traduzida)	35
APÊNDICE III – <i>Frankl Behaviour Rating Scale</i> (Versão traduzida)	36
APÊNDICE IV – Consentimento informado para o responsável da criança.....	37
APÊNDICE V – Assentimento informado para a criança	40
APÊNDICE VI – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da FMDUL	41

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição das variáveis de estudo	11
Tabela 2 – Caracterização da amostra – sociodemográfica e relacionada com as consultas	13
Tabela 3 – Frequências e médias dos itens das escalas de ansiedade	14
Tabela 4 – Caracterização do DFSS-SF	15
Tabela 5 – Fatores associados à ansiedade da criança.....	17
Tabela 6 – Comparação do comportamento da criança relativamente à ansiedade antes da consulta (Criança e acompanhante)	17
Tabela 7 – Fatores associados ao comportamento da criança na consulta (<i>Frankl Behaviour Rating Scale</i> – FBRS).....	18

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Percentagem de crianças ansiosas	15
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

CFSS-DS	<i>Children's Fear Survey Schedule Dental Subscale</i>
DFSS-SF	<i>Dental Fear Survey Subscale Short Form</i>
dp	desvio padrão
FBRs	<i>Frankl Behaviour Rating Scale</i>
FIS	<i>Facial Image Scale</i>
FMDUL	Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>

I. INTRODUÇÃO

A ansiedade é uma resposta generalizada do organismo a um perigo desconhecido ou não definido.⁽¹⁾ Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V) da Associação Americana de Psiquiatria, a ansiedade é um termo que descreve a antecipação de uma ameaça futura. Caracteriza-se pela existência de uma tensão muscular generalizada e um estado de hipervigilância perante uma ameaça futura e à adoção de comportamentos de evitamento relativamente ao elemento perturbador.⁽²⁾

1. Ansiedade associada à consulta de Medicina Dentária

O termo “*ansiedade dentária*” (*dental anxiety*) é amplamente utilizado na língua anglo-saxónica para descrever uma emoção experimentada em contexto da Medicina Dentária. No entanto, a sua tradução literal não representa o enquadramento da consulta de Medicina Dentária, pelo que o termo utilizado daqui em diante será “ansiedade associada à consulta de Medicina Dentária” ou simplesmente “ansiedade”.

A ansiedade associada à consulta de Medicina Dentária representa um estado de apreensão, subjetivo, que o indivíduo sente relativamente ao tratamento ou à consulta de Medicina Dentária. Existe uma perceção negativista de que algo desagradável irá ocorrer, que resulta da interação de múltiplos elementos: somáticos, cognitivos e emocionais. Pode ser desencadeada pelo ambiente da clínica ou do próprio consultório médico ou pode decorrer como resposta a um estímulo associado a um instrumento ou procedimento específicos, por exemplo, a utilização de uma agulha ou a realização de uma extração dentária.⁽³⁻⁶⁾

A ansiedade é uma condição presente em adultos e crianças, todavia é neste último grupo que existe uma maior propensão para o seu desenvolvimento e persistência até à fase adulta.^(4,5,7,8) Num estudo de Locker *et al.*⁽⁹⁾ foram aplicados questionários a 1420 indivíduos adultos, dos quais 16,4% apresentavam ansiedade associada à consulta de Medicina Dentária. Deste grupo, 50,9% reportaram que a ansiedade se desenvolveu durante a infância e 22,0% na adolescência. Estima-se que a prevalência da ansiedade relacionada com a consulta de Medicina Dentária em crianças com idades entre os 5 e os 12 anos seja entre 5 e 46%.^(8,10-13) Assim, o fator idade é importante no desenvolvimento da ansiedade, pelo facto de que as crianças vivem as experiências, principalmente as experiências traumáticas, de forma diferente dos adultos. Por outro lado, o fator idade é relevante, de forma indireta, uma vez que as crianças e os adolescentes, devido ao menor desenvolvimento cognitivo, são mais influenciáveis. A

influência dos pais nas crianças e dos pares nos adolescentes está descrito como sendo um fator importante no desenvolvimento da ansiedade.^(6,9,14,15) Em geral, é reportada uma maior prevalência em raparigas, que pode ser explicada por possíveis diferenças biológicas entre os sexos. No entanto, alguns autores teorizam que esta desigualdade, principalmente em crianças mais velhas na fase da puberdade, poderá ter um fundo sociocultural, uma vez que adoção de um estado de apreensão é mais socialmente aceite em raparigas, resultando na negação desta emoção por parte dos rapazes. Crê-se que esta negação seja mais prevalente nos rapazes mais ansiosos.^(3,16)

A história de experiência de dor ou de experiências traumáticas prévias é considerada um dos principais fatores desencadeadores da ansiedade, juntamente com a sensação de impotência e de perda de controlo sentida pelos pacientes, uma vez que estes se encontram numa posição de vulnerabilidade durante os tratamentos, sentindo-se privados da capacidade de verbalizar informação. Outro fator que pode induzir ansiedade é o tempo de espera do paciente.⁽¹⁷⁾ Quanto mais tempo o paciente se encontra na sala de espera, maior é a ansiedade do paciente. Já vários autores estudaram e confirmaram esta associação, entre eles Fux-Noy *et al.* em 2019. No mesmo estudo, estes autores concluíram que o motivo da consulta também tem influência na ansiedade da criança, sendo que esta é superior em consultas de emergência.⁽¹⁸⁾

A ansiedade pode apresentar-se de formas diferentes, como a sudação e a diminuição da motilidade gástrica.⁽⁷⁾ Para evitar os estímulos do processo ansiogénico, há uma maior taxa de falta às consultas ou uma diminuição da sua frequência.^(4,7,10,11) Consequentemente, podem desenvolver-se ou agravar-se patologias orais já presentes, levando a que a deslocação ao consultório do médico dentista passe a ser motivada, maioritariamente, pela existência de sintomatologia dolorosa e/ou dificuldade em ingerir alimentos.⁽⁷⁾ Consequentemente nos doentes mais ansiosos pode existir uma maior prevalência de dentes cariados ou de outras patologias orais, que poderão levar a terapêuticas mais invasivas^(4,7,11), complexas e dispendiosas. Adicionalmente a esta deterioração da saúde oral, as crianças que apresentam ansiedade associada à consulta de Medicina Dentária tendem, frequentemente, a perturbar o decorrer normal das consultas e os procedimentos dentários, não cooperando e/ou resistindo aos tratamentos ou adotando um comportamento agressivo e agitado, caracterizado pelo choro compulsivo ou por explosões de raiva.^(3,7,15,19)

Pelas dificuldades e complicações que o tratamento destas crianças gera, surge a necessidade de se identificar e distinguir quais as crianças que apresentam ansiedade no

contexto da consulta de Medicina Dentária, permitindo uma melhor adaptação das técnicas e do ambiente da consulta a estes doentes. Nesse âmbito, poderá ser útil a aplicação e adaptação de técnicas mais personalizadas e dirigidas aos medos específicos dos doentes, aquando do seu atendimento na consulta e durante o tratamento dentário, bem como a motivação para as consultas frequentes ao médico dentista, reforçando as vantagens de uma consulta de rotina, em detrimento de uma consulta de urgência ou por necessidade de tratamento, com o intuito de parar ou evitar criar um ciclo vicioso de ansiedade que se gera e os comportamentos negativos associados, uma vez que, quando estes se instauram, são mais trabalhosos de reverter.

2. Medição da Ansiedade associada à consulta de Medicina Dentária

A medição da ansiedade pode ser realizada de múltiplas formas, sendo os questionários os métodos mais frequentemente usados, principalmente em adultos. Contudo também podem ser aplicados este tipo de instrumentos em crianças. Para tal, foram feitas adaptações de escalas existentes ou criadas escalas próprias para crianças. Estas caracterizam-se por apresentarem questões diretas, curtas e simples, com opções de resposta curtas acompanhadas por ou à base de imagens, sendo a linguagem ajustada ao nível de desenvolvimento cognitivo.

Na criança, a medição da ansiedade associada à consulta de Medicina Dentária pode ser efetuada de diferentes formas. De entre o vasto leque de métodos usados, os mais utilizados são categorizados em: avaliação fisiológica, avaliação comportamental, autoavaliação pelos pais e pela própria criança, sendo que os últimos dois, por vezes, são agrupados na mesma categoria.^(5,6,19,20)

2.1. Avaliação fisiológica

Uma das formas de avaliação da ansiedade no contexto da consulta de Medicina Dentária é a medição de marcadores psicológicos do stress uma vez que estes encontram-se diretamente correlacionados com a ansiedade.⁽¹⁹⁾ Por exemplo, a medição da frequência cardíaca, atividade muscular, atividade do sistema nervoso, sudorese palmar ou a medição dos níveis plasmáticos de cortisol, constituem marcadores mensuráveis da ansiedade.^(5,19,20)

Este tipo de aferição da ansiedade apresenta as suas vantagens, uma vez que confere resultados e indicadores mais objetivos e não requer uma resposta por parte da criança ou do seu acompanhante e, por esse motivo, pode ser aplicada facilmente durante a consulta. No entanto, é um método que, em geral, requer a utilização de instrumentos específicos⁽¹⁹⁾ sendo, por esse motivo, maioritariamente aplicado em contexto de investigação científica.^(5,6)

2.2. Avaliação comportamental

A avaliação do comportamento da criança consiste na observação das atitudes e/ou expressões faciais da criança em contexto da consulta de Medicina Dentária e, com base nestas, classificar o nível de ansiedade da criança de acordo com escalas, normalmente, descritivas.⁽¹⁹⁾ Estes métodos podem ser aplicados no ambiente de sala de espera ou durante o decorrer da consulta, exigindo, contudo, uma observação durante um período de tempo mínimo para se conseguir inferir um resultado.

Este conjunto de escalas são mais direcionadas para aplicação em crianças, principalmente crianças mais jovens, pois estas exteriorizam mais usualmente os seus medos e os sintomas da ansiedade, dado que ainda não desenvolveram a capacidade de esconder emoções, ao contrário dos adultos que aprendem a mascarar e esconder a sua ansiedade para se adaptarem aos padrões socialmente aceites.⁽⁶⁾ Exemplos de escalas utilizadas atualmente são a *Clinical Anxiety Rating Scale/Uncooperative Behaviour Rating Scale* (CARS/BRS)⁽²¹⁾ e a *Frankl Behaviour Rating Scale* (FBRs)⁽²²⁾, que são escalas mais simples que consistem na generalização do comportamento da criança em múltiplos níveis ou categorias, respetivamente. A *Behavior Evaluation Scale* (BES)⁽²³⁾ e a *Behavior Profile Rating Scale* (BPRS)⁽²⁴⁾ são escalas mais complexas que consistem numa listagem de comportamentos ou atitudes específicas que as crianças adotam durante as consultas. São escalas mais subjetivas que a avaliação de parâmetros fisiológicos, pois são aplicadas tendo por base a observação e interpretação do próprio observador.

2.3. Autoavaliação

A avaliação da ansiedade associada à consulta de Medicina Dentária através da realização de questionários, quer sejam respondidos pelos pais quer pelas próprias crianças, é o método mais fácil e prático de aplicar e, também, o mais utilizado a nível global.

De entre as escalas mais utilizadas e citadas na literatura destacam-se a *Dental Anxiety Scale* (DAS)⁽²⁵⁾, *Modified Child Dental Anxiety Scale* (MCDAS)⁽²⁶⁾ e o *Children's Fear Survey Schedule Dental Subscale* (CFSS-DS)⁽²⁷⁾. Destas, a DAS e uma versão parental do CFSS-DS são as escalas mais utilizadas e aplicadas aos pais das crianças a ser estudadas. O CFSS-DS e o MCDAS são escalas aplicadas a crianças.

A *Dental Anxiety Scale*⁽²⁵⁾ é uma escala de adultos constituída por 4 ou 5 itens classificados entre “não ansioso” e “extremamente ansioso”, que já foi validada nos EUA,

Reino Unido, Hungria, Canada, entre outros.⁽⁵⁾ Lopes *et al.* validaram em 2004 uma versão portuguesa desta escala.⁽²⁸⁾

A *Modified Child Dental Anxiety Scale*⁽²⁶⁾ é uma escala aplicada em crianças, constituída por 8 itens classificados entre “relaxado” e “muito preocupado”. É aplicada em crianças entre os 4 e os 17 anos.^(5,19)

O *Children's Fear Survey Schedule Dental Subscale*⁽²⁷⁾ é a escala mais utilizada para avaliar a ansiedade em contexto da Medicina Dentária em crianças,^(5,19) tendo sido aplicada em crianças entre os 3 e os 19 anos de idade e validada em múltiplos países, como EUA, Reino Unido, Suécia, Dinamarca, Japão, entre outros. Surgiu como uma adaptação de um questionário mais extenso e generalizado sobre o medo em crianças denominado de *Fear Survey Schedule for Children*. É constituída por 15 itens classificados entre “1 – sem medo” e “5 – muito medo”, podendo a sua pontuação variar entre 15 e 75, sendo que valores entre 32 e 42 são considerados os valores limite a partir dos quais a criança é considerada ansiosa.⁽⁵⁾

Alguns autores consideram que o CFSS-DS,⁽²⁷⁾ apesar de se encontrar muito estudado, apresenta alguns itens que são redundantes ou pouco relevantes para o contexto da Medicina Dentária, pelo que surgiu uma versão reduzida desta escala, o *Dental Fear Schedule Subscale Short Form* (DFSS-SF)⁽²⁹⁾ constituída por apenas 8 itens. Além da remoção dos itens considerados pouco relevantes, também, permitiu acelerar o processo de aplicação da escala por apresentar apenas metade dos pontos originais.^(5,29) Nesta escala, considera-se que a criança é ansiosa quando o somatório é superior a 20.⁽⁵⁾

Para além das escalas acima descritas, existem também escalas simplificadas constituídas apenas por imagens nas quais a criança identifica como se sente de acordo com as opções, são estas a *Venham Picture Scale*,⁽³⁰⁾ constituída por 8 conjuntos de 2 imagens cada, e a *Facial Image Scale* (FIS),⁽³¹⁾ constituída por 5 imagens. São escalas fáceis de aplicar, principalmente em crianças mais jovens, no entanto, são bastante limitadas, não permitindo avaliar estímulos que despoletam a ansiedade da criança. O FIS⁽³¹⁾ é, frequentemente, utilizado juntamente com outras escalas mais completas, como o MCDAS⁽²⁶⁾ ou o CDFSS-DS⁽²⁷⁾ para facilitar a seleção das opções.⁽⁵⁾

A aplicação de escalas aos pais / encarregados de educação é uma excelente forma de ultrapassar as dificuldades sentidas pela falta de compreensão ou de desenvolvimento cognitivo da criança, sendo, por isso, frequentemente utilizadas. No entanto, tem sido questionada a

confiabilidade deste método para a avaliação da ansiedade da criança, uma vez que as respostas poderão refletir alguma da própria ansiedade sentida pelos pais. Estudos prévios demonstraram uma concordância ligeira a moderada entre as pontuações das crianças e dos pais.^(32,33)

O estudo da ansiedade em contexto da Medicina Dentária em crianças na população portuguesa é escasso e fundamenta-se principalmente na avaliação parental. Assim, o presente estudo pretende contribuir para o estudo da ansiedade associada à consulta de Medicina Dentária em crianças, numa população portuguesa. O conhecimento da ansiedade relacionada com a consulta de Medicina Dentária é útil para detetar e compreender quais as crianças ansiosas e os fatores que geram e/ou agravam esta ansiedade, de modo a adotar e adaptar estratégias de controlo de comportamento e auxiliar a criança a lidar com a sua própria ansiedade, não permitindo ou parando o estabelecimento de um ciclo de vicioso de ansiedade e comportamentos negativos e, consequentemente, evitando a persistência desta ansiedade e comportamentos na fase adulta e, assim, contribuindo para uma melhor saúde oral.

II. OBJETIVOS

O presente estudo pretende estudar a ansiedade associada à consulta de Medicina Dentária na população pediátrica da clínica universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL).

Os seus objetivos específicos são:

- Caracterizar o nível de ansiedade associada às consultas de Medicina Dentária, imediatamente antes e depois da consulta;
- Relacionar o nível de ansiedade da criança antes da consulta com a perceção dos acompanhantes relativamente à ansiedade da criança;
- Relacionar o nível de ansiedade da criança com o comportamento adotado durante a consulta de Medicina Dentária;
- Relacionar o nível de ansiedade da criança depois da consulta com o tipo de tratamento realizado durante a consulta;
- Relacionar o tipo de tratamento realizado com o comportamento evidenciado durante a consulta de Medicina Dentária.

III. MATERIAIS E MÉTODOS

Para atingir os objetivos propostos foi realizado um estudo observacional e longitudinal.

1. População-alvo e amostra

A população-alvo foi constituída por crianças que frequentaram as consultas da Clínica Odontopediátrica I e II do curso do Mestrado Integrado em Medicina Dentária e da Clínica da Especialidade de Odontopediatria da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL). Foram incluídas as crianças, com idades entre os 3 e os 9 anos, das quais se obteve o consentimento informado assinado pelo responsável da criança e o assentimento por parte da própria para participar no estudo. Foram excluídos os pacientes com necessidades especiais e pacientes institucionalizados.

2. Recolha de dados

A recolha dos dados foi realizada na sala de espera da Clínica Universitária da FMDUL, entre fevereiro e maio de 2021. Os dados foram recolhidos em dois momentos, antes e depois da consulta. No momento antes foi aplicado aos acompanhantes da criança um questionário e aplicada uma escala de ansiedade à criança. Após a consulta foi aplicada, novamente, a escala de ansiedade à criança e uma escala ao estudante que efetuou a consulta.

2.1. Instrumentos de recolha de dados

O questionário aplicado aos pais/responsáveis (Apêndice I) foi construído pela investigadora do estudo, sendo constituído por três seções: a primeira referente à caracterização demográfica (género, idade, data de nascimento, grau de parentesco do acompanhante e habilitações literárias da mãe da criança); a segunda referente às consultas e experiências prévias da criança, relativamente à Medicina Dentária; a última que incluiu a escala de ansiedade *Dental Fear Schedule Subscale Short Form* (DFSS-SF).⁽²⁹⁾

À criança foi aplicada a versão infantil da mesma escala (Apêndice II). Por não existir uma versão portuguesa deste questionário, foi realizada uma adaptação da versão brasileira do CFSS-DS ao português de Portugal. A versão brasileira foi criada e validada em 2019 por Cademartori *et al.*,⁽³⁴⁾ sendo constituída pelas 15 questões da versão original de Cuthbert e Melamed.⁽²⁷⁾ Foram retirados os itens que não constam no DFSS-SF.⁽²⁹⁾ As alterações da versão brasileira para a portuguesa limitaram-se a modificações da terminologia utilizada no português

do Brasil, com o objetivo de manter inalterado o significado original das questões. Uma vez que a população em estudo foram crianças muito jovens, à semelhança do que foi realizado noutros estudos análogos,⁽³⁴⁾ as opções de resposta da criança foram complementadas com uma escala de imagens validada, a *Facial Image Scale* (FIS),⁽³¹⁾ constituída por 5 imagens de faces que demonstram diferentes emoções, desde contente a triste.

A escala aplicada ao estudante que realizou a consulta foi a *Frankl Behaviour Rating Scale* (FBRs)⁽²²⁾ (Apêndice III) que também foi traduzida para português por inexistência de tradução prévia.

O questionário e as escalas utilizadas foram revistos por dois médicos dentistas com experiência em investigação, com o intuito de verificar a clareza e adequação das questões. Antes da recolha dos dados, foi realizado um pré-teste a 2 crianças, de 5 e 9 anos, e onde foi possível treinar e verificar toda a metodologia e procedimentos do estudo. Na sequência deste pré-teste foram efetuados pequenos ajustes ao questionário e procedimentos do estudo.

2.2. Procedimentos de recolha de dados

Após a chegada da criança à sala de espera, foi explicado ao acompanhante e à criança o estudo e obtido o consentimento informado (Apêndice IV) e o assentimento (Apêndice V), respetivamente. O acompanhante preencheu o questionário, tendo sido indicado que não deveria comunicar ou questionar a criança para responder ao questionário. Posteriormente, a criança preencheu a versão infantil do DSFF-SF sobre a sua própria ansiedade, com o auxílio da investigadora que esclareceu dúvidas que foram surgindo.

Finalizada a consulta e já na sala de espera, a criança preencheu, novamente, a versão infantil do DSFF-SF nas mesmas condições estabelecidas antes da consulta.

Também no final da consulta foi solicitado ao estudante que atendeu a criança que classificasse o seu comportamento segundo a FBRs,⁽²²⁾ podendo, em caso de incerteza, conferenciar com o colega que lhe prestou assistência no contexto clínico. Foi também pedido que fornecesse informação sobre o tipo de tratamento realizado na mesma consulta. O estudante permaneceu insciente às respostas da criança.

3. Descrição das variáveis

A descrição das variáveis encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1. Descrição de variáveis do estudo.			
	Designação	Descrição	Tipo de variável
Caracterização sociodemográfica	Sexo da criança	“Masculino” ou “Feminino”	Nominal
	Grupo etário	“3 a 6 anos”, “7 a 9 anos”	Ordinal
	Habilitações literárias da mãe	“Menos de 9 anos de escolaridade”, “9º ano completo”, “12º no completo”, “Ensino superior completo”	Ordinal
História de consultas e tratamentos	Primeira consulta na FMDUL	“Sim”, “Não”	Nominal
	Primeira consulta de Medicina Dentária	“Sim”, “Não”	Nominal
	Motivo da Consulta	“1ª Consulta”, “Continuação de tratamento”, “Encaminhado pelo médico-dentista”, “Encaminhado de outra especialidade”, “Rotina/revisão”, “Dor/urgência”, “Outro.”	Nominal
	Tratamentos anteriores	“Sim”, “Não”	Nominal
	Tipo de tratamentos anteriores	“Destartarização”, “Aplicação de flúor”, “Restauração”, “Uso de aparelho”, “Extração”, “Outro.”	Nominal
	Experiência anterior de tratamentos	“Sim”, “Não”	Nominal
	Experiência traumática prévia	“Sim”, “Não”	Nominal
	Tipo de tratamento realizado na consulta	“Invasivo” (tratamentos com recurso a anestesia, sedação ou instrumentos rotatórios), “Não invasivo” (história clínica, profilaxia ou destartarizações)	Nominal
Dental Fear Survey Subscale Short Form	Itens do DFSS-SF (Versão parental e infantil)	“Nenhum medo”, “Um pouquinho de medo”, “Um pouco de medo”, “Com medo”, “Muito medo”	Ordinal
	Total DFSS-SF adulto	Somatório dos itens do DFSS-SF do adulto	Discreta, de razão
	Total DFSS-SF criança	Somatório dos itens do DFSS-SF da criança	Discreta, de razão
	Categorização de ansiedade	“Não ansioso” (somatório do DFSS-SD ≤ 20) “Ansioso” (somatório do DFSS-SD > 20)	Nominal
Frankl Behaviour Rating Scale	FBRS	“Positiva” (Categorias Definitivamente positiva e positiva do FBRS), “Negativa”(Categorias Definitivamente negativa e negativa do FBRS)	Ordinal

4. Tratamento de dados e análise estatística

Os dados recolhidos foram manualmente introduzidos numa base de dados criada em suporte informático, recorrendo ao programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 27 (SPSS® 27.0).

Foi realizada a análise descrita das variáveis, sendo calculadas as frequências absolutas e relativas de todas as variáveis, bem como a média e as medidas de dispersão, nomeadamente o desvio padrão, valor mínimo e máximo, no caso das variáveis numéricas.

Para a realização da análise inferencial foram utilizados os testes não paramétricos de *Wilcoxon*, *Kruskal-Wallis*, *Mann-Whitney*, de *Fisher* e *Qui-quadrado*, sendo utilizado um nível de significância estatística de 5%.

5. Considerações éticas

O estudo obteve um parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Faculdade de Medicina Dentária da Faculdade de Lisboa e foi autorizado pela Direção da FMDUL.

A participação dos acompanhantes, das crianças e dos estudantes foi totalmente voluntária. A aplicação dos procedimentos do estudo foi realizada apenas se o acompanhante autorizasse e assinasse o consentimento informado (Apêndice IV) e se a criança assentisse responder às questões (Apêndice V).

IV. Resultados

1. Caracterização da amostra

A aplicação dos questionários resultou num total de 25 respostas. Destas, foram excluídas 2 uma vez que estas crianças já tinham respondido previamente, sendo apenas considerada a primeira recolha. Assim, a amostra final do estudo foi composta por 23 participantes, sendo que não foi possível recolher totalmente os dados em algumas das crianças.

A idade média das crianças foi de 7,0 anos ($dp=1,7$), sendo a idade mínima das crianças de 3 anos e a idade máxima de 9 anos. Existiu uma distribuição semelhante de crianças do sexo masculino (52,2%) e do sexo feminino (47,8%). Relativamente às habilitações literárias da mãe da criança, cerca de metade apresentava o Ensino Superior concluído (52,2%). (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da amostra - sociodemográfica e relacionada com as consultas.		
	n	%
Sexo (n=23)		
Masculino	12	52,2
Feminino	11	47,8
Grupo etário (n=23)		
3 – 6 anos	7	30,4
7 – 9 anos	16	69,6
Habilitações literárias da mãe (n=23)		
Ensino Básico (9º ano completo ou menos)	6	26,1
Ensino Secundário (12º ano completo)	5	21,7
Ensino Superior	12	52,2
Primeira consulta na FMDUL (n=23)		
Sim	8	65,2
Não	15	34,8
Tipo de tratamento realizado (n=23)		
Invasivo	10	43,5
Não invasivo	13	56,5
Comportamento da criança (FBRS) (n=23)		
Positivo	6	26,1
Negativo	17	73,9

2. Ansiedade associada à consulta de Medicina Dentária

Na Tabela 3 encontram-se as frequências e os valores médios de cada um dos itens do DFSS-SF da criança e do acompanhante antes da consulta, bem como da criança após a consulta. Verificou-se que os itens com médias superiores, correspondendo a um maior medo, foram sempre os primeiros 3 itens, relacionados com a realização de exodontias, com a administração

da anestesia e com a utilização dos instrumentos rotatórios. Pelo contrário, o item “conhecer o dentista” foi o que sempre obteve uma classificação de medo mais baixa.

Tabela 3. Frequências e médias dos itens das escalas de ansiedade.

<i>Itens do DFSS-SF do acompanhante antes da consulta</i>						
Itens	1. Nenhum medo %(n)	2. Um pouquinho de medo %(n)	3. Um pouco de medo %(n)	4. Com medo %(n)	5. Muito medo %(n)	Média (dp)
1. Tirar dentes	8,7 (2)	26,1 (6)	17,4 (4)	26,1 (6)	21,7 (5)	3,26 (0,28)
2. Injeções	4,3 (1)	30,4 (7)	17,4 (4)	26,1 (6)	21,7 (5)	3,30 (0,26)
3. O dentista usar a broca	26,1 (6)	17,4 (4)	13,0 (3)	26,1 (6)	17,4 (4)	2,91 (0,31)
4. Conhecer o dentista	78,3 (18)	13,0 (3)	0,0 (0)	4,3 (1)	4,3 (1)	1,43 (0,22)
5. Ter alguém a olhar para a tua boca	78,3 (18)	8,7 (2)	8,7 (2)	0,0 (0)	4,3 (1)	1,43 (0,21)
6. Limparem-te os dentes	69,6 (16)	13,0 (3)	8,7 (2)	4,3 (1)	4,3 (1)	1,61 (0,23)
7. Pessoas com uniformes brancos	78,3 (18)	13,0 (3)	0,0 (0)	4,3 (1)	4,3 (1)	1,43 (0,22)
8. Ter de abrir bem a boca	65,2 (15)	26,1 (6)	0,0 (0)	0,0 (0)	8,7 (2)	1,61 (0,24)
<i>Itens do DFSS-SF da criança antes da consulta</i>						
Itens	1. Nenhum medo %(n)	2. Um pouquinho de medo %(n)	3. Um pouco de medo %(n)	4. Com medo %(n)	5. Muito medo %(n)	Média (dp)
1. Tirar dentes	22,7 (5)	9,1 (2)	31,8 (7)	13,6 (3)	22,7 (5)	3,05 (0,31)
2. Injeções	18,2 (4)	4,5 (1)	18,2 (4)	9,1 (2)	50,0 (11)	3,68 (0,34)
3. O dentista usar a broca	22,7 (1)	4,5 (1)	31,8 (7)	18,2 (4)	22,7 (5)	3,14 (0,31)
4. Conhecer o dentista	81,0 (17)	9,5 (2)	0,0 (0)	4,8 (1)	4,8 (1)	1,43 (0,31)
5. Ter alguém a olhar para a tua boca	57,1 (12)	14,3 (3)	4,8 (1)	9,5 (2)	14,3 (3)	2,10 (0,34)
6. Limparem-te os dentes	66,7 (14)	14,3 (3)	14,3 (3)	4,8 (1)	0,0 (0)	1,57 (0,20)
7. Pessoas com uniformes brancos	66,7 (14)	9,5 (2)	9,5 (2)	9,5 (2)	4,8 (1)	1,76 (0,28)
8. Ter de abrir bem a boca	66,7 (14)	19,0 (4)	9,5 (2)	4,8 (1)	0,0 (0)	1,52 (0,19)
<i>Itens do DFSS-SF da criança depois da consulta</i>						
Itens	1. Nenhum medo %(n)	2. Um pouquinho de medo %(n)	3. Um pouco de medo %(n)	4. Com medo %(n)	5. Muito medo %(n)	Média (dp)
1. Tirar dentes	5,3 (1)	15,8 (3)	21,1 (4)	31,6 (6)	26,3 (5)	3,58 (0,28)
2. Injeções	21,1 (4)	0,0 (0)	21,1 (4)	10,5 (2)	47,4 (0)	3,63 (0,37)
3. O dentista usar a broca	26,3 (5)	21,1 (4)	10,5 (2)	26,3 (5)	15,8 (3)	2,84 (0,34)
4. Conhecer o dentista	89,5 (17)	5,3 (1)	0,0 (0)	5,3 (1)	0,0 (0)	1,21 (0,16)
5. Ter alguém a olhar para a tua boca	47,4 (9)	21,1 (4)	15,8 (3)	5,3 (1)	10,5 (2)	2,11 (0,31)
6. Limparem-te os dentes	57,9 (11)	15,8 (3)	21,1 (4)	0,0 (0)	5,3 (1)	1,79 (0,26)
7. Pessoas com uniformes brancos	57,9 (11)	21,1 (4)	15,8 (3)	0,0 (0)	5,3 (1)	1,74 (0,25)
8. Ter de abrir bem a boca	57,9 (11)	21,1 (4)	5,3 (1)	5,3 (1)	10,5 (2)	1,89 (0,31)

A caracterização da ansiedade (somatório do DSS-SF), antes da consulta e depois da consulta, encontra-se descrita na Tabela 4. Verificou-se um ligeiro aumento do valor médio entre a ansiedade antes (18,2) e depois da consulta (18,8). A caracterização da ansiedade da criança por parte do acompanhante apresentou o valor médio mais baixo (17,0). Foi observado que 66% das crianças em que foi possível medir a variação do DFSS-SF, a ansiedade manteve-se ou aumentou após a consulta.

Tabela 4. Caracterização do DFSS-SF						
	Mínimo	Máximo	Média	dp	Valor de <i>p</i>	
DFSS-SF do acompanhante antes da consulta	9,0	39,0	17,0	7,65	0,321*	0,421*
DFSS-SF da criança antes da consulta	8,0	34,0	18,2	5,80		
DFSS-SF da criança depois da consulta	10,0	37,0	18,8	6,36		

*Teste de Wilcoxon

Quando comparado o somatório do DFSS-SF da criança antes da consulta com o somatório do DFSS-SF do acompanhante, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,321$). Também não foram encontradas diferenças significativas ao comparar a ansiedade da criança (DFSS-SF da criança) antes e depois da consulta ($p=0,421$).

A partir do somatório DSS-SF foi calculada a percentagem de crianças consideradas ansiosas, sendo esta de 28,6% antes da consulta. Esta percentagem aumentou depois da consulta passando para 42,1% (Figura 1). A percentagem de crianças consideradas ansiosas pelos acompanhantes foi de 17,4%, sendo esta a menor de todas.

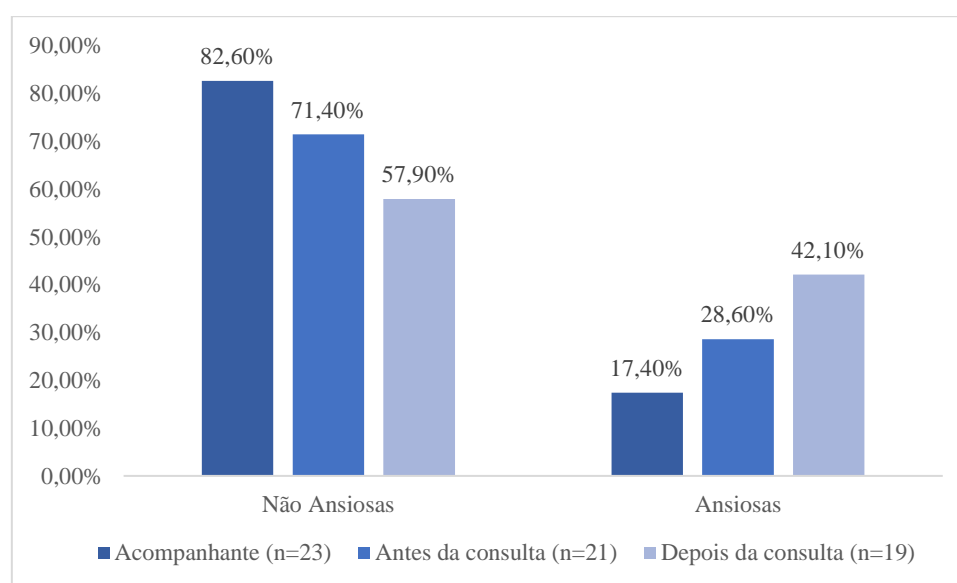


Figura 1 – Percentagem de crianças ansiosas.

Ao comparar o número de crianças ansiosas antes e depois da consulta, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,321$). O valor de p resultante da comparação do número de crianças ansiosas antes da consulta e de crianças ansiosas reportadas pelos pais encontrava-se perto do valor de decisão estatística ($p=0,053$), pelo que existe uma tendência de que as crianças que os pais consideram ansiosas sejam realmente ansiosas. Cerca de 93% dos acompanhantes de crianças não ansiosas classificaram as crianças como não ansiosas, mas apenas 50% dos responsáveis de crianças ansiosas reportaram a ansiedade destas. Dos acompanhantes inquiridos, cerca de 81% classificaram em concordância as crianças em ansiosas e não ansiosas, segundo a classificação das próprias crianças.

3. Fatores associados à ansiedade

Quando analisados os fatores associados à ansiedade relacionada com a consulta de Medicina Dentária, em relação às variáveis sociodemográficas, apenas o fator idade apresentou diferenças estatisticamente significativas ($p=0,045$), verificando-se que as crianças do grupo etário dos 3 aos 6 anos apresentavam mais ansiedade que as do grupo etário dos 7 aos 9 anos (Tabela 5). O valor médio do DFSS-SF das crianças dos 3 aos 6 anos apresentou-se superior a 20, revelando-se na categoria de crianças “ansiosas”, não acontecendo o mesmo com as crianças dos 7 aos 9 anos.

Analisadas as relações das variáveis relacionadas com a consulta com a ansiedade da criança antes da consulta, não se encontraram relações estatisticamente significativas ($p\geq 0,05$) (Tabela 5).

Ao comparar o tipo de tratamentos, classificados em invasivos e não invasivos, com o somatório do DFSS-SF da criança depois da consulta, não se encontraram diferenças estatisticamente relevantes ($p=0,497$)(Tabela 5).

Tabela 5. Fatores associados à ansiedade da criança				
Ansiedade da criança antes da consulta				
		Média do DFSS-SF	dp	<i>p</i>
Sexo	Masculino	18,82	6,76	0,863*
	Feminino	17,60	4,79	
Grupo Etário	3 – 6 anos	22,17	6,05	0,045*
	7 – 9 anos	16,67	5,07	
Habilitações Literárias da mãe	Ensino Básico incompleto	18,00	5,25	0,879**
	Ensino Secundário	16,50	5,69	
	Ensino Superior	19,00	6,47	
1ª Consulta na FMDUL	Sim	18,47	6,14	0,910*
	Não	17,67	5,32	
Ansiedade da criança depois da consulta				
Tipo de Tratamento realizado	Invasivos	20,44	7,62	0,497*
	Não invasivos	17,30	4,90	

* Teste de Mann-Whitney **Teste de Kruskal-Wallis

4. Relação da ansiedade e comportamento na consulta

Quando analisada a relação entre o comportamento durante a consulta (FBRs) com a ansiedade da criança (DFSS-SF da criança) antes da consulta apenas foi encontrada uma associação estatística com o somatório do acompanhante ($p=0,036$). Crianças que apresentaram uma menor ansiedade de acordo com a avaliação da ansiedade dos acompanhantes (DFSS-SF do acompanhante) demonstraram comportamentos mais positivos no decorrer da consulta (Tabela 6).

Tabela 6. Comparação do comportamento relativamente à ansiedade antes da consulta (Criança e do acompanhante)						
Ansiedade da criança (DFSS-SF)				Ansiedade do acompanhante (DFSS-SF)		
	Média	dp	p	Média	dp	p
Comportamento da criança (FBRs)	Positivo	17,75	4,93	15,53	7,18	0,036*
	Negativo	19,80	8,53	21,17	8,01	

* Teste de Mann-Whitney

Relativamente ao estudo dos fatores relacionados com o comportamento da criança durante a consulta não foi encontrada nenhuma associação estatisticamente significativa ($p>0,05$).

Tabela 7. Fatores associados ao comportamento da criança na consulta (Frankl Behaviour Rating Scale - FBRs)				
<i>Comportamento da criança na consulta</i>				
		Positivo	Negativo	<i>p</i>
Sexo (n=23)	Masculino	58,8 (10)	33,3 (2)	0,371*
	Feminino	41,2 (7)	66,7 (4)	
Grupo Etário (n=23)	3 – 6 anos	23,5 (4)	50,0 (3)	0,318*
	7 – 9 anos	76,5 (13)	50,0 (3)	
Tipos de tratamentos (n=23)	Invasivos	35,3 (6)	66,7 (4)	0,341*
	Não invasivos	64,7 (11)	33,3 (2)	
Variação do somatório do DFSS-SF da criança antes e depois da consulta (n=18)	Aumentou	46,1 (6)	80,0 (4)	0,390**
	Manteve	15,4 (2)	0,0 (0)	
	Diminuiu	38,5 (5)	20,0 (1)	

* Teste exato de Fisher ** Teste Qui-quadrado

V. DISCUSSÃO

A ansiedade associada à consulta de medicina dentária define-se por ser um estado emocional desagradável e negativo, manifestando-se através de um nervosismo ligeiro a grave em resposta a uma determinada situação relativa à área de Medicina Dentária, percecionada pelo indivíduo como representativo de um perigo iminente. De entre os vários tipos de estímulos presentes nas consultas de medicina dentária, existem instrumentos ou procedimentos específicos descritos na literatura como sendo os principais e mais comuns desencadeadores de ansiedade, sendo estes as agulhas e as injeções, a extração de dentes e a utilização de instrumentos rotatórios.⁽³⁻⁵⁾ A prevalência da ansiedade infantil relacionada com as consultas de medicina dentária na população portuguesa foi ainda pouco estudada, sendo o objetivo deste estudo contribuir para caracterização da ansiedade numa população dos 3 aos 9 anos, realizando um estudo exploratório de aplicação de algumas escalas utilizadas para a medição da ansiedade associada à medicina dentária na população pediátrica.

A autoavaliação da ansiedade na população pediátrica relativamente às consultas de medicina dentária através de escalas compostas por questionários é um método utilizado de forma global como forma de caracterização da ansiedade das crianças. O conhecimento obtido pela aplicação destas escalas contribui para uma utilização e adaptação das técnicas de controlo de comportamento usadas com o intuito de auxiliar o médico dentista na prestação da consulta.

A *Children's Fear Survey Schedule Dental Subscale* é uma das escalas mais utilizadas a nível mundial para avaliar a ansiedade infantil relativamente às consultas de medicina dentária. No entanto, para além de carecer de uma versão traduzida e validade para a população portuguesa, apresenta uma lista de itens dos quais alguns poderão ser em si mesmo indutores de ansiedade e outros têm uma menor probabilidade de uma população tão jovem conhecer, entender ou já ter experienciado. Assim, foi aplicada a versão reduzida desta escala, a *Dental Fear Survey Subscale Short Form* por essas razões, mas também por ser constituída por cerca de metade dos itens, o que facilitou o processo de recolha de dados. Apesar de tudo, alguns dados não foram passíveis de ser recolhidos por terem ocorrido atrasos na chegada das crianças ao consultório, por incapacidade dos pais de permanecer após a consulta para a recolha de dados e pela dificuldade de uma criança de 3 anos em compreender e responder às questões do estudo por não apresentar um desenvolvimento cognitivo adequado.

Apesar da dimensão da amostra deste estudo ser bastante reduzida pode dizer-se que é a população representativa da população-alvo do estudo pois foram incluídos todos os pacientes pediátricos atendidos na FMDUL que cumpriam os critérios de inclusão, durante o período de recolha de dados deste estudo. A utilização de escalas de autoavaliação tem as suas limitações. Apesar de já terem sido utilizadas em crianças de 3 e 4 anos, durante a aplicação neste estudo, existiram claras dificuldades de preenchimento do questionário pela dificuldade de compreensão, principalmente pela criança de 3 anos. Por outro lado, também a própria aplicação da escala poderá ter sido causadora de ansiedade, visto que terem sido expostos à criança cenários de tratamento que esta poderia não ter conhecimento ou poderia não ter ponderado que ocorreriam.

1. Ansiedade associada à consulta de Medicina Dentária

A aplicação de escalas como o CFSS-DS⁽²⁷⁾ ou a sua forma reduzida DFSS-SF⁽²⁹⁾ permite, para além de conhecer a prevalência de ansiedade de uma determinada população, identificar estímulos que desencadeiam as respostas ansiogénicas. No presente estudo, os itens que estavam associados a um maior medo das crianças, antes, depois e reportados pelos acompanhantes foram os itens 1, 2 e 3. Estes resultados foram semelhantes aos reportados na literatura.^(13,35-40) Relativamente aos itens “tirar dentes”, “injeções” e “o dentista usar a broca”, o presente estudo obteve um valor médio de 3,05; 3,68 e 3,14, respetivamente, relativamente às respostas das crianças antes da consulta. Estes valores foram ligeiramente superiores aos descritos na literatura, que variam entre 2,81-3,01; 2,04-3,10 e 1,93-2,72.^(35,36,39,41) Os resultados dos mesmos itens respondidos pelos acompanhantes também foram ligeiramente superiores aos descritos num estudo de Krikken *et al.*⁽⁴¹⁾ que reportou valores médios de 2,08 e 2,22 relativamente aos itens 2 e 3, comparativamente aos encontrados neste estudo que foram 3,30 e 2,91. A diferença dos valores pode ser justificada pelo facto de parte da amostra ser constituída por crianças que foram seguidas na pós-graduação de Odontopediatria, para onde são encaminhadas crianças mais receosas, não cooperantes e de idades precoces.

Relativamente ao somatório do DFSS-SF da criança antes e depois da consulta, encontraram-se valores médios de 18,2 e 18,8. Uma vez mais, estes valores foram superiores aos descritos na literatura. Nos estudos de Folayan *et al.*, foram descritos valores médios do somatório das crianças, entre 8 e 13 anos, que variavam entre 13,85 e 15,68, antes da consulta, e 12,59 e 13,58, depois da consulta.^(12,35,42-44) Os valores do somatório da ansiedade depois da consulta foram relativamente superiores aos descritos nestes estudos, no entanto, é importante

referir que Folayan *et al.* estudaram o efeito da utilização de diferentes técnicas de controlo de comportamento, o que explica a redução da ansiedade e a diferença relativamente ao presente estudo. Por outro lado, o estudo mencionado foi realizado com um grupo de crianças com idades diferentes e, tal como foi encontrado neste estudo, o fator idade é um fator preponderante na ansiedade da criança. Num dos seus estudos de 2003,⁽⁴²⁾ o grupo de controlo em que não foram aplicadas técnicas de controlo de comportamento teve um aumento da média de ansiedade após o tratamento, o que apoia os resultados obtidos no presente estudo. No mesmo estudo, verificou-se no grupo de controlo que 70% das crianças em que não foram aplicadas técnicas de controlo, o somatório do DFSS-SF manteve-se ou aumentou, valor este semelhante ao encontrado no presente estudo (66%).

Ao comparar o somatório da ansiedade da criança antes e depois da consulta, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Os mesmos resultados foram encontrados para o grupo controlo do estudo de Folayan *et al.*,⁽⁴²⁾ em que não foram aplicadas técnicas de controlo de comportamento. Estes resultados opõem-se aos obtidos nos restantes estudos de Folayan *et al.* em que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas da ansiedade antes e depois da consulta.^(12,35,42,44) Os resultados do estudo referido sugerem que a aplicação de técnicas de controlo de comportamento têm um impacto significativo na diminuição da ansiedade da criança.

A prevalência da ansiedade das crianças antes das consultas é das mais estudadas a nível mundial. O presente estudo, considerando um valor crítico de 20 a partir do qual a criança é considerada ansiosa,⁽⁵⁾ encontrou uma prevalência de ansiedade de 28,6%. Um estudo português de Martins e Dias, encontrou uma prevalência inferior (14,6%) em crianças dos 3 aos 6 anos, recorrendo ao *Venham Picture Test*.⁽⁴⁵⁾ Num outro estudo, Lee *et al.*⁽⁴⁶⁾ reportaram uma prevalência de ansiedade de 28,3% em crianças dos 2 aos 10 anos. AlGharebi *et al.* encontraram resultados semelhantes (29,5%) para um grupo de crianças dos 7 aos 11 anos.⁽¹³⁾ Soares *et al.* reportaram valores inferiores de 16,2% e 17,4% em crianças dos 5 aos 7 anos.^(8,10) Esta variação tão grande dos valores de prevalência de ansiedade podem ser influenciados por vários motivos, entre eles as diferenças culturais existentes ao nível das diferentes amostras populacionais estudadas. Por outro lado, a existência de diferentes valores críticos para a mesma escala, a partir dos quais se considera uma criança ansiosa, gera resultados diferentes na prevalência da ansiedade estudada, podendo ser esta uma das razões para a variação tão grande na prevalência da ansiedade descrita na literatura. Considerando a variabilidade do valor do somatório, um

valor crítico que se encontra-se perto do valor intermédio do somatório da escala permitiria distinguir entre as crianças que apenas se demonstram apreensivas durante a consulta, mas que permitem que o tratamento se realize, das crianças que demonstram realmente uma ansiedade, resultando na perturbação no decorrer da consulta e, como conseguinte, no adiamento da realização dos procedimentos necessários e agravamento da condição de saúde oral.

A prevalência da ansiedade da criança após a consulta é pouco estudada. Num estudo de Folayan *et al.*⁽¹²⁾ foi reportada uma prevalência de ansiedade de 10,1%, valor este muito inferior ao encontrado no presente estudo. No referido estudo, os médicos dentistas utilizaram várias técnicas de controlo de comportamento para reduzir a ansiedade da criança durante a consulta, o que conduziu à redução do somatório da ansiedade. Se os valores de ansiedade iniciais já se encontrassem no limiar do valor crítico, uma mínima redução de ansiedade geral causaria uma diminuição da prevalência da ansiedade. No presente estudo, mais de metade das crianças consideradas não ansiosas antes da consulta apresentaram um somatório de ansiedade muito perto do valor crítico. Com o aumento generalizado da ansiedade pós consulta verificado, provavelmente, pela não aplicação das técnicas de controlo de comportamento, verificou-se, também, um aumento da prevalência de ansiedade depois da consulta, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas.

Quanto à prevalência de ansiedade reportada pelos pais, este estudo apresentou resultados (17,4%) congruentes com os valores apresentados na literatura, que variaram entre 17,1% e 34,6%.^(13,40,45) Estes resultados foram particularmente semelhantes aos obtidos num estudo anterior português realizado em crianças num grupo etário semelhante, 3 aos 6 anos, que reportou um valor de 17,1%⁽⁴⁵⁾ comparativamente aos obtidos no presente estudo de 17,4%. Apesar destes resultados serem consistentes com a literatura, ao contrário do que se encontra previamente descrito, a percentagem de responsáveis que identificaram as crianças como ansiosas foi inferior à percentagem de crianças que se auto identificaram como ansiosas, sendo que na literatura normalmente ocorre o oposto.^(13,40,45) No entanto, 81% dos acompanhantes foram capazes de identificar se as crianças eram ansiosas ou não corretamente, resultado este semelhante, mas ligeiramente inferior, ao reportado num estudo de Krikken *et al.*(91,7%).⁽⁴¹⁾ À semelhança do que foi reportado nesse estudo, apenas 50% dos pais classificaram corretamente as crianças como ansiosas no presente estudo, comparativamente aos 57% apresentados no referido estudo.⁽⁴¹⁾ Por outro lado, 93% dos pais classificaram corretamente as crianças não ansiosas, valor este semelhante, mas superior, ao descrito no estudo de Patel *et al.*(82%).⁽⁴⁰⁾

Estes resultados sugerem uma capacidade moderada por parte dos pais de identificar as crianças que são ansiosas, reforçando a importância do papel do médico dentista em detetar a ansiedade das crianças, não recorrendo apenas à avaliação dos pais.

2. Fatores associados à ansiedade

Os fatores usualmente mais reportados e estudados ao nível da ansiedade associada às consultas de medicina dentária são a idade e o sexo. No entanto, existe uma grande polaridade de resultados descritos na literatura.

No presente estudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no somatório da ansiedade nos diferentes grupos etários estudados. O grupo etário das crianças dos 3 aos 6 anos apresentou um valor médio de ansiedade significativamente superior ao grupo etário constituído por crianças dos 7 aos 9 anos. Estes resultados são consistentes com os estudos de Cademartori *et al.*⁽³⁴⁾ e Paglia *et al.*⁽³⁹⁾ onde também descreveram valores médios de ansiedade significativamente superiores nos grupos etários dos 4 os 7 anos comparativamente a crianças de 8 a 12 anos. Lee *et al.*⁽⁴⁶⁾ obteve os mesmos resultados, com valores de ansiedade significativamente superiores em crianças com idades dos 2 aos 4 anos relativamente a crianças dos 5 aos 10 anos. Ahmad *et al.*⁽⁴⁷⁾ estudou a ansiedade em 3 grupos etários, dos 4 aos 8 anos, dos 9 aos 11 anos e dos 12 aos 14 anos, sendo que este encontrou diferenças estatisticamente significativas nos valores de ansiedade entre os diferentes grupos etários, mais precisamente uma diminuição da ansiedade com o aumento da idade. Um estudo de 2021 também obteve os mesmos resultados com valores de ansiedade significativamente superiores em crianças dos 7 aos 11 anos comparativamente a crianças dos 12 aos 16 anos.⁽¹³⁾ Por outro lado, vários estudos sobre a ansiedade em crianças entre os 5 e os 16 anos não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os valores obtidos de ansiedade nos diferentes grupos etários.^(10,35,40,42,48,49) Com base nos resultados encontrados no presente estudo, a ansiedade é maior nas crianças com idades mais precoces. Extrapolando estes resultados para a prática clínica, as crianças em idade pré-escolar beneficiaram de uma adaptação das técnicas de controlo de comportamento. A aplicação de técnicas não invasivas como "*tell-show-do*" e o reforço positivo poderão ter um impacto positivo na ansiedade que a criança sinte e, consequentemente, no comportamento que demonstra. Para além disto, uma vez que, e tal como encontrado neste estudo e na literatura, são os procedimentos com recurso a instrumentos mais invasivos que mais causam ansiedade nas crianças com idades mais jovens. Assim, é importante que as consultas sejam iniciadas em idade precoce, para conduzir o plano de tratamento num

sentido preventivo, com implementação de medidas preventivas de saúde oral, e/ou de controlo, por exemplo, de lesões de cárie iniciais, com o intuito de perpetuar desde cedo uma boa saúde oral e reduzir a necessidade de tratamentos mais invasivos.

Quanto ao sexo da criança enquanto fator que influencia a ansiedade sentida relativamente ao contexto das consultas e tratamentos na área da Medicina Dentária, o presente estudo não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os rapazes e as raparigas. Existe uma congruência entre estes resultados deste estudo e os resultados descritos na literatura, sendo que os estudos, na sua maioria, também não reportam diferenças significativas entre ambos os sexos, em grupos etários que variavam entre os 3 e 16 anos.^(10,13,34,35,39,40,42,47,49,50) Dos estudos que apresentaram diferenças nos valores de ansiedade entre rapazes e raparigas, um estudo apresentou uma ansiedade superior nas raparigas⁽³⁶⁾ e o outro estudo reportou valores de ansiedade superiores nos rapazes,⁽⁴⁸⁾ sendo que o grupo etário em ambos os estudos foi semelhante, dos 6 aos 12 anos no primeiro e dos 6 aos 14 anos no segundo.

Relativamente à influência do tipo de tratamentos realizados durante a consulta na ansiedade das crianças após a mesma, o presente estudo não encontrou diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados são congruentes com os obtidos nos estudos de Folayan *et al.*^(12,35,44) onde também não foram encontradas diferenças na ansiedade das crianças quando os tratamentos realizados eram invasivos ou não invasivos, existindo apenas uma maior diminuição do somatório da ansiedade nas crianças em que foram realizados procedimentos não invasivos. Apesar dos resultados se assemelharem aos resultados encontrados em estudos anteriores, seria de esperar valores de ansiedade superiores em consultas com procedimentos invasivos, uma vez que o valor de ansiedade em cada item é maior nos itens que referem procedimentos ou instrumentos invasivos. Estes resultados sugerem que pode existir uma diferença entre o que as crianças referem sentir e o que realmente sentem no momento da realização do procedimento. O facto de a amostra ser de pequena dimensão poderá também ter tido algum impacto, uma vez que os estudos mencionados também não apresentaram amostras de grande dimensão.

3. Relação da ansiedade e comportamento na consulta

Quanto à comparação dos níveis de ansiedade com o comportamento das crianças, não existiram diferenças estatisticamente significativas entre a ansiedade autorreportada pelas crianças antes da consulta e o seu comportamento durante a mesma. No entanto, as crianças

com comportamentos negativos apresentaram valores médios de ansiedade superiores. Na literatura foram descritas diferenças significativas entre a ansiedade reportada pelas crianças e o seu comportamento, sendo que crianças com níveis superiores de ansiedade demonstram comportamentos mais negativos durante o decorrer da consulta.^(34,36,42) Seria de esperar existirem diferenças nos níveis de ansiedade quando comparados com o comportamento. No entanto, o mesmo não aconteceu, podendo isto ter sido motivado pelo reduzido tamanho da amostra.

No presente estudo foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a ansiedade reportada pelos acompanhantes e o comportamento das crianças. Estes resultados são consistentes com estudos prévios de Krikken e Veerkamp⁽⁵¹⁾ e Klein *et al.*⁽⁵²⁾ onde também foram encontradas diferenças significativas nas duas medidas.

Relativamente aos fatores que podem influenciar o comportamento da criança durante a consulta, no presente estudo, nenhum dos fatores estudados apresentou diferenças estatisticamente significativas. Relativamente ao fator idade, Versloot *et al.*⁽⁵³⁾ não encontrou diferenças estatisticamente significativas no comportamento das crianças sem experiência de anestesia relativamente à sua idade. Detetou sim diferenças quando existia experiência de anestesia há menos de 6 meses, sendo que o comportamento das crianças com menos de 6 anos era mais negativo que as crianças mais velhas. Jain *et al.*⁽⁵⁴⁾ encontrou diferenças estatisticamente significativas no comportamento das crianças de diferentes faixas etárias, sendo que, tal como os autores anteriores, as crianças mais novas apresentavam pior comportamento. Lee *et al.*⁽⁴⁶⁾ obteve os mesmos resultados, sendo que estas diferenças eram particularmente distintas em crianças com menos de 4 anos. Quanto ao sexo da criança, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no comportamento demonstrado pela criança durante a consulta, sendo que estes resultados são congruentes com os resultados descritos na literatura.^(51,53,54)

Os resultados deste estudo demonstraram a diferença de ansiedade sentida antes da consulta pelas crianças em idades pré-escolares comparativamente com o grupo etário seguinte. Este conhecimento tem importância ao nível da aplicabilidade clínica uma vez que seria de prever que crianças com idades mais precoces, no período pré-escolar tenham, já na sala de espera, uma ansiedade superior a crianças mais velhas. Assim, iniciar as consultas com estas crianças dando especial importância ao estabelecimento da relação inicial médico-doente, a aplicação de técnicas de controlo de comportamento e a integração de consultas de saúde oral precoces e que permitam desde cedo a aplicação de medidas preventivas e de promoção da saúde oral, seriam medidas importantes para diminuir a ansiedade e melhorar a gestão das consultas.

Uma das limitações deste estudo foi a amostra reduzida conseguida, apesar disto, como foram aplicadas as escalas a todas as crianças que cumpriam os critérios de inclusão e que frequentaram a clínica durante o intervalo de tempo em que os dados foram recolhidos, pode dizer-se que amostra, apesar da sua dimensão, é representativa da população estudada. Outro aspeto é a ausência de validação das escalas aplicadas para o português de Portugal, o que seria interessante realizar em estudos futuros. Por outro lado, uma das escalas utilizadas, a FBRs, sendo uma das escalas observacionais *gold standard*, é uma escala que se baseia na avaliação subjetiva do comportamento da criança, o que por si só já confere algum viés na sua classificação. Este viés encontra-se aumentado neste estudo uma vez que a classificação do comportamento das crianças foi realizada por diversas pessoas, que foram os vários estudantes responsáveis pelos tratamentos.

O presente estudo, apesar das limitações referidas, serviu como um estudo preliminar da aplicação das várias escalas na população portuguesa. No entanto, poderá servir de base para a realização de outros estudos com amostras superiores. No futuro, também poderão ser validadas as escalas não só para o português de Portugal como também para as idades, visto que crianças de 3 anos não foram capazes de responder ao questionário. Também um novo estudo longitudinal que acompanhasse as crianças ao longo de várias consultas poderia ser realizado para estudar se se verifica uma diminuição da ansiedade com o estabelecimento da relação médico-doente.

VI. CONCLUSÕES

Tendo em conta os resultados obtidos neste estudo, podem-se retirar as seguintes conclusões:

- A população pediátrica da clínica da FMDUL apresentou uma prevalência de ansiedade associada às consultas de Medicina Dentária, antes e depois das consultas de 28,6% e 42,1%, respetivamente;
- A ansiedade das crianças que frequentam a clínica da FMDUL é superior em crianças mais jovens, não existindo diferenças entre sexos;
- Os pais demonstraram capacidade em identificar corretamente as crianças não ansiosas e medianamente as crianças ansiosas. As crianças que os pais identificaram como ansiosas foram as crianças que evidenciaram comportamentos negativos durante a consulta;
- Não existiu qualquer relação entre a ansiedade da criança antes da consulta e o seu comportamento durante a mesma;
- O tipo de tratamentos realizados durante a consulta não influenciou a ansiedade das crianças após a mesma;
- O tipo de tratamento realizado durante a consulta não influenciou o comportamento evidenciado durante a consulta de Medicina Dentária.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Steimer T. The biology of fear- and anxiety-related behaviors. *Dialogues Clin Neurosci*. 2002;4(3):231–49.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: A review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent*. 2007;17(6):391–406.
4. Porritt J, Marshman Z, Rodd HD. Understanding children's dental anxiety and psychological approaches to its reduction. *Int J Paediatr Dent*. 2012;22(6):397–405.
5. Porritt J, Buchanan H, Hall M, Gilchrist F, Marshman Z. Assessing children's dental anxiety: A systematic review of current measures. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013;41(2):130–42.
6. Chadwick BL. Assessing the anxious patient. *Dent Update*. 2002;29(9):448–54.
7. Morgan AG, Rodd HD, Porritt JM, Baker SR, Creswell C, Newton T, et al. Children's experiences of dental anxiety. *Int J Paediatr Dent*. 2017;27(2):87–97.
8. Soares FC, Lima RA, de Barros MVG, Dahllöf G, Colares V. Development of dental anxiety in schoolchildren: A 2-year prospective study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017;45(3):281–8.
9. Locker D, Liddell A, Dempster L, Shapiro D. Age of Onset of Dental Anxiety. *J Dent Res*. 1999;78(3):790–6.
10. Soares FC, Lima RA, Santos CDFBF, De Barros MVG, Colares V. Predictors of dental anxiety in Brazilian 5-7 years old children. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2016;67:46–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.01.006>
11. Seligman LD, Hovey JD, Chacon K, Ollendick TH. Dental anxiety: An understudied problem in youth. *Clin Psychol Rev*. 2017;55(June 2016):25–40.
12. Folayan MO, Idehen EE, Ojo OO. Identified factors in child-dentist relationship important for the management of dental anxiety in Nigerian children. *Eur J Paediatr Dent*. 2004;5(4):225–32.
13. AlGharebi S, Al-Halabi M, Kowash M, Khamis AH, Hussein I. Children's dental anxiety (self and proxy reported) and its association with dental behaviour in a postgraduate dental hospital. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 2021;22(1):29–40. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40368-020-00517-x>
14. Ferreira MA, Manso MC, Gavinha S. Ansiedade e fobia dentária - avaliação psicométrica num estudo transversal. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac* [Internet]. 2008;49(2):77–86. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1646-2890\(08\)70038-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1646-2890(08)70038-4)

15. Ramos-Jorge J, Marques LS, Homem MA, Paiva SM, Ferreira MC, Oliveira Ferreira F, et al. Degree of dental anxiety in children with and without toothache: Prospective assessment. *Int J Paediatr Dent*. 2013;23(2):125–30.
16. Townend E, Dimigen G, Fung D. A clinical study of child dental anxiety. *Behav Res Ther*. 2000;38(1):31–46.
17. Catarina A. Medo e Ansiedade Dentária: Uma Realidade. 2012;96.
18. Fux-Noy A, Zohar M, Herzog K, Shmueli A, Halperson E, Moskovitz M, et al. The effect of the waiting room's environment on level of anxiety experienced by children prior to dental treatment: a case control study. 2019;1–6.
19. Yon MJY, Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Lo ECM, Chu CH. An Introduction to Assessing Dental Fear and Anxiety in Children. *Healthcare*. 2020;8(2):86.
20. Cianetti S, Lombardo G, Lupatelli E, Pagano S, Abraha I, Montedori A, et al. Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. *Eur J Paediatr Dent*. 2017;18(2):121–30.
21. Venham LL, Gaulin-kremer E, Bengston-audia D, Cohan J, Bengston-audia D. Interval rating scales for children ' s dental anxiety and uncooperative behavior *. 1980;2(3):195–202.
22. Frankl S, Shiere F, Fogels H. Should the parent remain with the child in the dental operatory? *J Dent Child*. 1962;29:150–63.
23. McCartney S. The Behavior Evaluation Scale. 1983.
24. Melamed B, Weinstein D, Katin-Borland M, Hawes R. Reduction of fear-related dental management problems with use of filmed modeling. *J Am Dent Assoc*. 1975;90(4):4–8.
25. Corah N. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res*. 1969;48(4):596.
26. Wong H, Humphris G, Lee G. Preliminary validation and reliability of the Modified Child Dental Anxiety Scale. *Psychol Rep*. 1998;83(3 Pt 2):1179–86.
27. Cuthbert M, Melamed B. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *ASDC J Dent Child*. 1982;49(6):432–6.
28. Lopes PN, Ponciano E, Pereira A, Medeiros JA, Kleinknecht RA. Psicometria da ansiedade dentária: Avaliação das características psicométricas de uma versão portuguesa do Dental Fear Survey. *Rev Por Estomatol Cir Maxilofac*. 2004;45(3):133–46.
29. Carson P, Freeman R. Assessing child dental anxiety: The validity of clinical observations. *Int J Paediatr Dent*. 1997;7(3):171–6.
30. Venham LL, Gaulin-Kremer E. A self-report measure of situational anxiety for young children. *Pediatr Dent*. 1979;1(2):91–6.
31. Buchanan H, Niven N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety.

Int J Paediatr Dent. 2002;12(1):47–52.

32. Carson P, Freeman R. Dental caries, age and anxiety: Factors influencing sedation choice for children attending for emergency dental care. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001;29(1):30–6.
33. Gustafsson A, Arnrup K, Broberg AG, Bodin L, Berggren U. Child dental fear as measured with the Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule: The impact of referral status and type of informant (child versus parent). *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010;38(3):256–66.
34. Cademartori MG, Cara G, Pinto G dos S, da Costa VPP. Validity of the Brazilian version of the Dental Subscale of Children's Fear Survey Schedule. *Int J Paediatr Dent.* 2019;29(6):736–47.
35. Folayan MO, Fatusi A. Effect of psychological management techniques on specific item score change during the management of dental fear in children. *J Clin Pediatr Dent.* 2005;29(4):335–40.
36. El-Housseiny AA, Alsadat FA, Alamoudi NM, El Derwi DA, Farsi NM, Attar MH, et al. Reliability and validity of the Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale for Arabic-speaking children: A cross-sectional study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2016;16(1):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-016-0205-0>
37. Berge M Ten, Veerkamp JSJ, Hoogstraten J, Prins PJM. The dental subscale of the children's fear survey schedule: Predictive value and clinical usefulness. *J Psychopathol Behav Assess.* 2002;24(2):115–8.
38. Wu L, Gao X. Children's dental fear and anxiety: Exploring family related factors. *BMC Oral Health.* 2018;18(1):1–10.
39. Paglia L, Gallus S, de Giorgio S, Cianetti S, Lupatelli E, Lombardo G, et al. Reliability and validity of the Italian versions of the Children's Fear Survey Schedule - Dental Subscale and the Modified Child Dental Anxiety Scale. *Eur J Paediatr Dent.* 2017;18(4):305–12.
40. Patel H, Reid C, Wilson K, Girdler NM. Inter-rater agreement between children's self-reported and parents' proxy-reported dental anxiety. *Br Dent J.* 2015;218(4):E6.
41. Krikken J., van Wijk A., ten Cate J., Veerkamp JSJ. Measuring Dental Fear using the CFSS-DS. Do Children and Parents Agree? *Int J Paediatr Dent.* 2013;23(2):94–100.
42. Folayan MO, Ufomata D, Adekoya-Sofowora CA, Otuyemi OD, Idehen E. The effect of psychological management on dental anxiety in children. *J Clin Pediatr Dent.* 2003;27(4):365–70.
43. Folayan MO, Adekoya-Sofowora CA, Otuyemi OD, Ufomata D. Parental anxiety as a possible predisposing factor to child dental anxiety in patients seen in a suburban dental hospital in Nigeria. *Int J Paediatr Dent.* 2002;12(4):255–9.
44. Folayan MO, Idehen E. Factors influencing the use of behavioral management techniques during child management by dentists. *J Clin Pediatr Dent.* 2004;28(2):155–

61.

45. Martins N, Dias M do R. Contágio emocional de ansiedade encarregado de educação/criança em odontopediatria. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2016;57(3):164–70.
46. Lee CY, Chang YY, Huang S Te. The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. *Int J Paediatr Dent*. 2008;18(6):415–22.
47. Ahmad A, Kazi MSA, Ahmad I. Evaluation of dental anxiety among children visiting paediatric dental department at children hospital. *J Pak Med Assoc*. 2017;67(10):1532–5.
48. Majstorovic M, Morse DE, Do D, Lim LL, Herman NG, Moursi AM. Indicators of dental anxiety in children just prior to treatment. *J Clin Pediatr Dent*. 2014;39(1):12–7.
49. Shindova MP, Blecheva AB, Raycheva JG. Dental Fear of 6-12-year-old Children - Role of Parents, Gender and Age. *Folia Med (Plovdiv)*. 2019;61(3):444–50.
50. Yon MJY, Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Lo ECM, Chu CH. Dental fear and anxiety of kindergarten children in Hong Kong: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8).
51. Krikken JB, Veerkamp JSJ. Child rearing styles , dental anxiety and disruptive behaviour; an exploratory study. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2008;9:23–8.
52. Klein U, Manangkil MSR, Dewitt DDSP. Parents’ Ability to Assess Dental Fear in their Six- to 10-year-old Children. *Pediatr Dent*. 2015;37(5):436–41.
53. Versloot J, Veerkamp JSJ, Hoogstraten J. Dental anxiety and psychological functioning in children : its relationship with behaviour during treatment. 2008;9:36–40.
54. Jain A, Suprabha B, Shenoy R, Rao A. Association of temperament with dental anxiety and behaviour of the preschool child during the initial dental visit. *Eur J Oral Sci*. 2019;127(2):147–55.

APÊNDICE I – Questionários aplicado aos pais / responsáveis da criançaNome: Data de Nascimento da criança: //

(Primeira letra do primeiro nome e primeira letra do último nome. Ex: João Marques – JM)

Idade da criança:

Sexo: M / F

Grau de Parentesco do acompanhante: _____






Habilitações literárias da mãe:☐ Menos de 9 anos de escolaridade☐ 9º ano completo☐ 12º ano completo☐ Ensino superior completoÉ a 1ª consulta da criança na clínica da faculdade? ☐ Sim ☐ NãoÉ a 1ª consulta de medicina dentária da criança? ☐ Sim ☐ Não**Qual o motivo da consulta?**☐ 1º Consulta☐ Continuação do tratamento☐ Encaminhado pelo médico-dentista☐ Encaminhado de outra especialidade☐ Rotina/revisão☐ Dor/urgência☐ Outro. Qual? _____A criança fez tratamentos dentários anteriores? ☐ Sim ☐ Não**Se sim, quais?**☐ Destartarização/limpeza ☐ Aplicação de flúor ☐ Restauração/tratar um dente☐ Uso de aparelho ☐ Extração/tirar um dente ☐ Outro. Qual? _____**Algun destes tratamentos anteriores foi uma experiência menos agradável para a criança?**☐ Sim☐ Não**Se sim, que tipo de experiência desagradável ocorreu?** _____

Dental Fear Schedule Subscale Short Form⁽²⁹⁾ (Versão parental traduzida)

Item	1. Nenhum medo	2. Um pouquinho de medo	3. Um pouco de medo	4. Com medo	5. Muito medo
1. Tirar dentes					
2. Injeções					
3. O dentista usar a broca					
4. Conhecer o dentista					
5. Ter alguém a olhar para a tua boca					
6. Limparem- te os dentes					
7. Pessoas com uniformes brancos					
8. Ter de abrir bem a boca					

APÊNDICE II - *Dental Fear Schedule Subscale Short Form*⁽²⁹⁾ (Versão infantil traduzida)

“Algumas frases que meninos e meninas usam para descrever/falar dos seus medos estão listadas abaixo. Vou ler cada frase cuidadosamente e tu vais me mostrar qual a opção que melhor descreve o teu medo. Não existem respostas certas ou erradas. Lembra-te, escolhe a cara que melhor descreve quanto medo tens.”

Item	Nenhum medo	Um pouquinho de medo	Um pouco de medo	Com medo	Muito medo
					
1. Tirar dentes					
2. Injeções					
3. O dentista usar a broca					
4. Conhecer o dentista					
5. Ter alguém a olhar para a tua boca					
6. Limparem-te os dentes					
7. Pessoas com uniformes brancos					
8. Ter de abrir bem a boca					

APÊNDICE III – Frankl Behaviour Rating Scale(22) (Versão traduzida)

<i>Avaliação</i>	<i>Atitude</i>	<i>Definição</i>
1	Definitivamente negativa	Recusa do tratamento, choro forçado, manifesta medo ou qualquer outra evidência de negativismo extremo.
2	Negativa	Reticente em aceitar o tratamento; não cooperante, demonstra alguma evidência de atitude negativa, mas esta não é pronunciada (ex: taciturno).
3	Positiva	Aceita o tratamento; por vezes curioso e disposto a obedecer ao médico dentista; às vezes demonstra reserva, mas segue as instruções do médico dentista.
4	Definitivamente positiva	Bom relacionamento com o médico dentista; interessado nos procedimentos dentários, rindo e disfrutando da situação.

APÊNDICE IV – Consentimento informado para o responsável da criança

PARTE I: DOCUMENTO INFORMATIVO

INTRODUÇÃO

Este é um estudo observacional que representa o projeto destinado à elaboração de uma dissertação original no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Pretende-se caracterizar o nível de ansiedade dentária associado às consultas de medicina dentária, numa população de crianças com idade entre os 3 e os 9 anos.

Caso surjam dúvidas, pode colocá-las a qualquer momento.

OBJETIVO DO ESTUDO

A ansiedade relacionada com a consulta de medicina dentária caracteriza-se por ser um estado emocional negativo e desagradável, que se manifesta através de um nervosismo acentuado a uma situação relativa à área de Medicina Dentária, percecionada como sendo um perigo iminente. (Montagna, 2014; Cianetti *et al*, 2017)

O objetivo deste estudo é caracterizar o nível de ansiedade de uma população de crianças de idades entre os 3 e os 9 anos.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação e da criança neste estudo é inteiramente voluntária. É o indivíduo que decide se pretende ou não participar. Poderá mudar de ideias e desistir do estudo mais tarde, mesmo que antes tenha concordado.

PROCEDIMENTOS E PROTOCOLO

Os procedimentos para a participação no estudo são:

- **Preenchimento de um formulário inicial (responsável da criança):** constituído por questões da idade, sexo, grau de parentesco, habilitações literárias da mãe, motivo da consulta, consultas na clínica da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa e consultas em medicina dentária e tratamentos anteriores.
- **Preenchimento de um questionário pelo responsável da criança:** onde é caracterizada a ansiedade da criança com a escala “*Dental Fear Schedule Subscale Short Form*”.

- **Preenchimento de um questionário pela criança:** onde é caracterizada a ansiedade com a escala “*Dental Fear Schedule Subscale Short Form*”.

DURAÇÃO

O procedimento terá a duração de, aproximadamente, 10 minutos.

RISCOS E DESCONFORTO

Nenhum efeito secundário, risco ou desconforto está associado à realização do procedimento descrito, uma vez que o procedimento não é invasivo.

CONFIDENCIALIDADE

A informação recolhida será anónima e confidencial, pelo que não se deve identificar ao longo do mesmo salvaguardando, desta forma, a sua privacidade.

PARTILHA DOS RESULTADOS

Todo o conhecimento adquirido através deste estudo será partilhado em forma de dissertação de mestrado, que estará disponível da plataforma da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. Poderão existir outras publicações científicas, mas será sempre garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes.

DIREITO DE RECUSA OU DESISTÊNCIA

A sua participação e da criança neste estudo é voluntária, podendo recusar a sua participação a qualquer momento, mesmo que antes tenha concordado, sem sofrer qualquer tipo de prejuízo.

QUEM CONTACTAR

Caso possua alguma dúvida ou questão, poderá colocá-la agora ou mais tarde, mesmo após o início do estudo. Caso pretenda colocar alguma questão mais tarde, poderá contactar a investigadora através da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (andreiacoosta2@campus.ul.pt).

PARTE II: CERTIFICADO DE CONSENTIMENTO

CERTIFICADO DE CONSENTIMENTO

Li a informação suprajacente ou esta foi-me transmitida e explicada. Tive a oportunidade de colocar questões e todas as respostas dadas me esclareceram. Consinto voluntariamente participar neste estudo observacional.

Nome do participante por extenso: _____

Assinatura do participante: _____

Data (dia/mês/ano): _____

APÊNDICE V – Assentimento informado para a criança

Antes de serem aplicados os questionários, e no próprio dia deste procedimento, serão efetuados os seguintes procedimentos:

- Apresentação da investigadora (nome e atividade académica)
- Apresentação do estudo
- Explicação sobre os procedimentos do estudo:
“vou-te fazer umas perguntinhas”
“só tens de apontar a carinha que mostra como te sentes”
- Pedido de autorização para fazer as perguntas a cada criança:
“posso-te fazer as perguntinhas?”

APÊNDICE VI – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da FMDUL



Comissão de Ética

Emissão de parecer

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (CE-FMDUL), em reunião de 28 de janeiro de 2021, apreciou o seguinte pedido de parecer:

Código	Título do Estudo
202109	"Ansiedade em pacientes infantis da clínica Universitária da F.M.D.UL"
Âmbito	Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Investigador principal / Estudante	Andreia Filipa Guerreiro da Costa
Pertinência do estudo e da sua conceção	Adequados
Benefícios e riscos previsíveis	Avaliação favorável
Avaliação do protocolo	Positiva
Aptidão do investigador principal e restantes membros da equipa	Adequados
Condições materiais e humanas necessárias	Adequadas
Retribuições ou compensações financeiras a investigadores e participantes	Não se aplica
Modalidades de recrutamento dos participantes	Adequadas
Conflito de interesses do promotor ou do investigador	Não referidas
Acompanhamento clínico dos participantes após a conclusão do estudo	Não se aplica
Procedimento de obtenção do consentimento aos participantes	Adequado

A CE-FMDUL deliberou e decidiu emitir **parecer favorável**.

Lisboa, 8 de fevereiro de 2021.

O presidente

Assinado por : JOÃO MANUEL DE AQUINO
MARQUES

Num. de Identificação: BI050316354
Data: 2021.02.08 19:14:38+00'00'

